

В ООО «МАКС-Жизнь»

от _____
(фамилия, имя, отчество)

паспортные данные: серия _____ № _____
кем выдан _____

_____ когда _____

адрес: _____

тел. (контактный) _____

e-mail: _____

**ЗАЯВЛЕНИЕ
о подтверждении инвалидности**

Прошу освободить от дальнейшей уплаты страховых взносов по Договору страхования жизни № _____ от _____ в связи с:

- переосвидетельствованием Страхователю инвалидности: _____ (укажите группу инвалидности)
Дата переосвидетельствования: _____

К настоящему заявлению прилагаются следующие документы:

Заявитель:

_____	_____
подпись	Фамилия Имя Отчество (полностью)

Дата: «___» _____ 20___ г.

Заявление получил:

подпись, должность, Фамилия И.О.

Дата: «___» _____ 20___ г.